

1942

THÈSE

POUR

74

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue à Toulouse, le 15 Juillet 1940

par

BONNET-LABORDERIE Jean

né le 2 Janvier 1911 à Lille (Nord)

✱

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DU MYXŒDÈME POST-OPÉRATOIRE

•••

Président de Thèse : M. DALOUS

Assesseurs

MM. MIGINIAC.

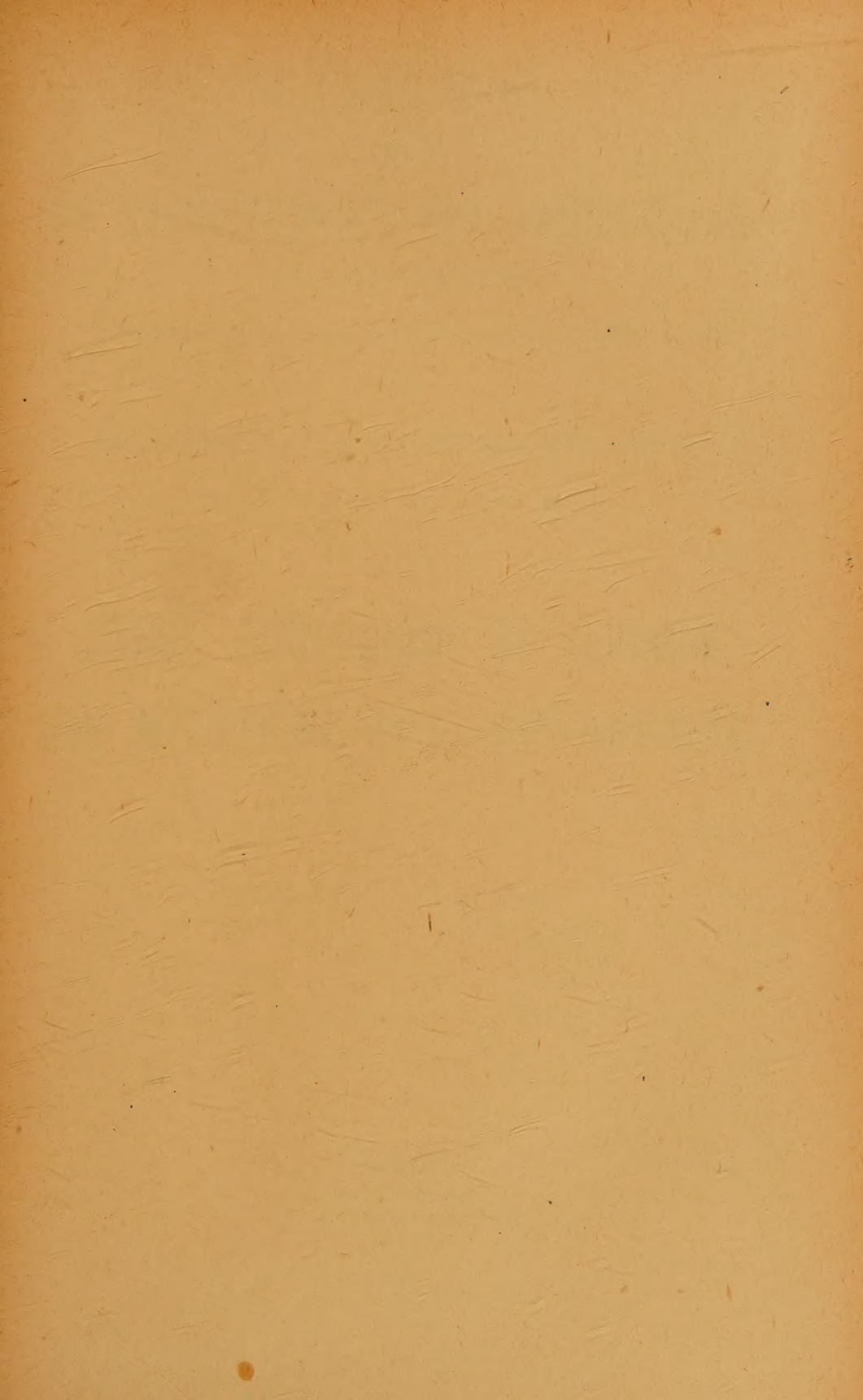
GUILHEM.

FABRE J.

Suppléant :

FABRE P.

Imprimerie
DOURIEZ BATAILLE
5, Rue Jacquemars-Giélée
LILLE
1942





THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue à Toulouse, le 15 Juillet 1940

par

BONNET-LABORDERIE Jean

né le 2 Janvier 1911 à Lille (Nord)

— X —

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DU MYXŒDÈME POST-OPÉRATOIRE

— .o.—

Président de Thèse : M. DALOUS

<i>Assesseurs</i>	}	MM. MIGINIAC.
		GUILHEM.
		FABRE J.

Suppléant : FABRE P.

Imprimerie
DOURIEZ BATAILLE
5, Rue Jacquemars-Giélée
LILLE
1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN . . . BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALÉRY-RADOT
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	{ ABRAMI.
Clinique médicale	{ FIESSINGER.
	{ LOEPER.
	{ RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	{ GOSSET.
Clinique chirurgicale	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMAND.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ JEANNIN.
	{ LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	{ HAZARD
Professeurs sans chaire	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ SANNIÉ
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne .	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin .	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie
BOULANGER	Chimie
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie
FOSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie
DELARUE	Anatomie pathologique
DELAY	Pathologie médicale
DEGREZ (H.)	Physique
DESOLLE	Médecine légale
DIGONNET	Obstétrique
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale
FUNCK-BRENTANO .	Pathologie chirurgicale
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique
DE GENNES	Pathologie médicale

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL	Obstétrique
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS .	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.
FUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE G.		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
Professeur à la Faculté Libre de Médecine de Lille
Mort victime de son devoir

A MA MÈRE
à qui je dois tout.

A MA FEMME ET A MES DEUX FILS

AU DOCTEUR ET A MADAME FLORENTIN

A MES FRÈRES ET SŒURS
ET SPÉCIALEMENT
A MES TROIS FRÈRES PRISONNIERS DE GUERRE

A MES MAÎTRES
ET SPÉCIALEMENT
A CEUX DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE
DE LILLE

A MES AMIS
ET SPÉCIALEMENT
A CEUX DES FACULTÉS DE MÉDECINE
DE LILLE ET DE PARIS

A MES CAMARADES
DU 1^{er} BATAILLON DU 54^{me} R. I. F.
MORTS POUR LA FRANCE
DURANT LA CAMPAGNE DES FLANDRES EN MAI 1940

INTRODUCTION

La thyroïdectomie peut être suivie au bout d'un certain temps par des symptômes traduisant une carence sécrétoire de la glande. Nous trouvons juste d'insister sur les conditions d'apparition de ces troubles et de leur fréquence d'autant plus que les récentes acquisitions de la chirurgie et de l'expérimentation ont mis en doute la théorie classique.

La crainte du myxœdème post-opératoire obligea les anciens à rejeter les résections thyroïdiennes totales et leur commanda au contraire de conserver une partie de la glande nécessaire à l'équilibre endocrinien.

Cependant leurs échecs étaient dus en partie à l'imperfection de la technique opératoire, car souvent les parathyroïdes étaient enlevées en même temps que la glande thyroïde. Ayant amélioré cette technique, KOCHER publia une statistique en 1885, statistique qui montre que le myxœdème s'était développé 24 fois sur 34 opérés.

La technique récente négligeant le danger du myxœdème, cherche à réaliser une ablation totale soit pour supprimer les lésions anatomiques graves, soit pour créer un état physiologique favorable au fonctionnement endocrinien.

La question que nous nous posons est celle de savoir si les troubles myxœdémateux post-opératoires sont rares et anodins et si le fonctionnement endocrinien est

compatible avec la thyroïdectomie totale ? Faut-il toujours être interventionniste absolu et risquer l'éclosion d'une autre maladie bien grave également. Les progrès énormes de la thérapeutique substitutive permettent-ils de courir ce risque ?

Nous croyons que l'acte opératoire doit être commandé par la nature de la lésion, par l'âge du malade et par son état général.

C'est à ce point de vue que nous allons envisager l'étiologie, l'étude clinique et la fréquence du myxœdème post-opératoire.

HISTORIQUE

Le myxœdème spontané fut décrit vers la fin du XIX^{me} siècle. Quelques années plus tard REVERDIN attira l'attention sur les conséquences des interventions sur les goîtres, il fixa l'identité des troubles avec ceux du myxœdème spontané et leur donna le nom du myxœdème opératoire.

En même temps KOCHER décrivit le tableau symptomatique et évolutif qui est resté classique et il proposa le nom de cachexie strumiprive.

Après une période d'opérations totales, suivies de nombreux échecs, la technique chirurgicale s'est orientée dans le sens des opérations conservatrices. Des résultats incomplets et des récidives fréquentes en furent la conséquence.

Ultérieurement les chirurgiens eurent l'idée de réaliser une thyroïdectomie subtotale qui avait le double avantage d'enlever le maximum du parenchyme malade, et d'autre part laisser la partie glandulaire nécessaire à l'équilibre endocrinien.

Au cours de ces dernières années on a tendance à revenir à la thyroïdectomie totale, et on discute la gravité de l'insuffisance thyroïdienne et même son existence.

ÉTIOLOGIE

La thyroïdectomie fut réalisée pour la première fois dans les goitres simples. L'ablation complète de la glande goitreuse avait pour conséquence le myxœdème. Les expériences d'HORSLEY ont confirmé que la destruction thyroïdienne était le phénomène primitif et qu'à la suite de la thyreoprivation, chez le singe comme chez l'homme, apparaissait la bouffissure tégumentaire analogue à celle du myxœdème.

Quelques auteurs ont constaté que l'extirpation totale n'était pas toujours suivie du myxœdème. Ils se sont demandés s'il n'existe pas un autre organe qui aurait pu suppléer la fonction thyroïdienne.

La thyroïdectomie totale pour la maladie de Basedow a été faite par SUDECK en 1921. Cet auteur préconisa ce traitement radical pour éviter la régénération du tissu thyroïdien, et il estime que la découverte de la thyroxine permet le traitement efficace de l'hypothyroïdie.

D'autres auteurs ont fait remarquer que les accidents ne surviennent que chez les enfants ou adolescents. Par contre, les adultes ne présentent pas d'accidents graves.

En France, les extirpations totales ont été utilisées dans les cas graves des cardiomyoses. Les auteurs français pensent qu'on a exagéré la fréquence de trou-

bles post-opératoires, car même après la thyroïdectomie totale il subsiste encore quelques fragments de parenchyme qui assurent la fonction endocrinienne de la glande.

Dans le cancer, l'ablation totale de la thyroïde est suivie rarement de signes déficitaires. Il ne faut pas s'en étonner. Nous savons en effet que le cancer thyroïdien se développe chez les sujets âgés, et que d'autre part le myxœdème de l'adulte ne présente pas un degré de gravité comme chez les enfants. Les accidents frustes qui surviennent peuvent être facilement guéris par l'opothérapie.

Cependant on a pu observer quelques myxœdèmes graves à la suite d'intervention radicale sur les néoplasmes.

On a pratiqué la thyroïdectomie totale dans quelques cas de cardiopathies, de l'angine de poitrine ou de l'hypertension. Les auteurs ne sont pas d'accord quant à la fréquence des accidents. On peut constater souvent une légère baisse du métabolisme basal et un ralentissement de la vitesse circulatoire.

Il est intéressant à noter l'existence du myxœdème opératoire même après thyroïdectomie partielle. D'après le professeur BERARD on peut voir apparaître les accidents relevant de l'hypothyroïdie surtout chez les sujets obèses, lymphatiques, adiposo-génitaux dont le métabolisme est déficient même avant toute intervention. Il a noté chez ces sujets, après de simples énucléations ou des résections unilatérales peu larges, de l'apathie, de la somnolence, une bouffissure nette de la face et des mains, de la sécheresse de la peau, de la chute des cheveux et des cils, une sensibilité spéciale au froid, en somme, toute une série de petits signes traduisant un myxœdème fruste.

L'amélioration de ces troubles par l'extrait thyroïdien donne la preuve de leur origine.

Le myxœdème est beaucoup plus rare après les interventions partielles pour l'hyperthyroïdisme. Et si il survient dans un certain nombre de cas, il est dû à l'emploi de la radiothérapie, à des ligations et au Lugol préopératoire qui déterminent une diminution de l'activité glandulaire de telle sorte que la quantité du parenchyme laissé n'est plus suffisante à une fonction normale.

Parmi les goîtres aberrants, le goitre lingual présente un intérêt tout particulier. Cette tumeur présente souvent une hypertrophie compensatrice du fait de l'absence de corps thyroïde. Nul ne s'étonnera que l'ablation des goîtres linguaux provoque souvent un myxœdème très grave.

Le goitre lingual n'est pas une formation aberrante, c'est une formation ectopique. Si l'on fait appel à l'embryologie, on se rend compte, comme l'ont fait remarquer BERARD et DUNET, que la situation linguale de la thyroïde est due à un arrêt de progression, l'évolution du tractus thyreoglosse étant enrayée à son stade lingual, de sorte qu'il existe une véritable ectopie thyroïdienne. De là, l'absence de la glande thyroïde cervicale ou sa représentation par des ilots glandulaires insignifiants.

Ainsi peut-on comprendre la fréquence des phénomènes d'hypothyroïdie, plus ou moins accentuée, lorsqu'un goitre se développe dans la formation ectopique. Celle-ci se trouve-t-elle dans les conditions d'activité et de nutrition d'une glande cervicale ? Il est permis d'en douter.

Comme dit CECIL JOLL, lorsqu'on enlève un goitre lingual, on enlève la plus grande partie du système thyroïdien, la glande ectopique jouant le rôle principal, par rapport aux autres formations thyroïdiennes.

ÉTUDE CLINIQUE

La date d'apparition des manifestations thyreopri-
ves est difficile à fixer. S'il s'agit de thyroïdectomies
totales, nous ne pouvons pas affirmer l'absence de frag-
ments glandulaires qui suppléent momentanément avant
l'atrophie définitive de la glande.

S'agit-il d'opération conservatrice? Nous ignorons la
qualité fonctionnelle du tissu qui reste. C'est pour cela
qu'on note des variations appréciables quant à l'époque
du début des manifestations myxœdémateuses. LAHEY,
MILLER ont publié des observations dans lesquelles le
myxœdème a débuté précocement, 7 à 12 jours après
l'intervention. Il faut ajouter que les deux auteurs sont
intervenus dans les cas de goîtres linguaux.

Dans l'immense majorité des cas, c'est tardivement
qu'apparaissent les premières manifestations du myxœ-
dème. Se basant sur ces faits, on a remarqué que l'action
de l'opothérapie dans le myxœdème s'exerce de façon
prolongée et persiste longtemps après la cessation du
traitement. Il semble que c'est vers le quatrième ou le
cinquième mois qu'apparaissent les signes du myxœ-
dème.

Les chirurgiens ne doivent pas juger trop rapide-
ment le résultat opératoire, étant donnée cette apparition
tardive de l'insuffisance glandulaire.

Un facteur très important dans la réussite de la stru-
miprivation est l'âge du sujet. Le myxœdème opératoire

présente une gravité toute particulière sur un organisme en voie de croissance. Les chirurgiens sont très prudents dans les indications de la technique de thyroïdectomie chez l'enfant, car ils savent que l'intervention entrave le développement physique et intellectuel du petite malade. En effet, ces malades cessent de grandir, la tête se développe seule avec une face bouffie, des cheveux rares et grêles, des lèvres tuméfiées ; les facultés intellectuelles s'engourdissent.

Sans atteindre cette intensité, les manifestations de l'hypothyroïdisme se limitent le plus souvent à un ralentissement de la croissance, une rareté anormale des poils pubiens et à un embonpoint rapide et manifeste.

Le myxœdème post-opératoire n'a pas la même répercussion sur l'organisme fixé de l'adulte. Cependant il existe des formes graves, et nous allons citer la description magistrale qu'a fait REVERDIN :

« Quelques mois après l'opération, quelles qu'en aient été du reste les suites immédiates, le teint pâlit, les traits du visage se bouffissent, les mains, les pieds se tuméfient ; la bouffissure ordinairement très marquée aux paupières fait croire à une maladie de Bright, mais on ne trouve que rarement de l'albumine dans l'urine ; du reste en y regardant de plus près, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'un œdème vrai, le doigt ne laisse pas d'empreinte, c'est un œdème solide, si l'on peut dire. Le visage dont les traits sont épaissis, est en quelque sorte immobile, sans expression, et rappelle celui des crétins. L'interrogatoire nous apprend alors que depuis quelque temps, le malade se sent faible, qu'il ne peut marcher sans fatigue, que les jambes lui paraissent lourdes, paresseuses, que ses mains refusent leur service, qu'elles sont comme engourdies, remarquablement

maladroites ; vous pouvez constater facilement qu'en effet tous les mouvements sont lents, qu'entre le moment où vous commandez un acte musculaire et celui où il est exécuté, il y a un intervalle marqué. Ce ne sont pas seulement les membres qui sont apathiques, les actions intellectuelles sont également ralenties, les réponses à vos questions arrivent et elles sont judicieuses, mais elles se font attendre et les mots se traînent avec lenteur et effort les uns après les autres. La mémoire reste ordinairement diminuée, et cela de façon durable. Les sens eux-mêmes peuvent être affaiblis, mais ordinairement à une période avancée de la maladie ; l'on a remarqué, comme dans le myxœdème, un retard dans la perception de sensations tactiles ; j'ai observé dans un cas une abolition complète de la sensation de la faim et de la soif. Une sensation objective que mes malades ont régulièrement accusée, c'est celle du froid ; ils ont constamment froid, tantôt dans tout le corps, tantôt dans telle ou telle région, les pieds, les mains, le cou, le dos ; ils ne parviennent pas à se réchauffer ; même en été, ils sont obligés de se couvrir outre mesure la nuit. Des altérations trophiques ne tardent pas à survenir du côté des téguments ; la transpiration est complètement supprimée ; la peau, devient sèche sur tout le corps ; puis elle s'écaille, particulièrement à la paume des mains, à la plante des pieds, au bas de la jambe, au cuir chevelu ; elle présente alors l'aspect de l'ichtyose ; les cheveux, les poils du visage et du corps tombent en grande quantité, ceux qui subsistent sont rares, secs et cassants ; je n'ai pas trouvé de modifications des ongles chez ces malades ».

Quant aux formes légères du myxœdème opératoire, elles sont loin d'être comparables à cette dernière. Il s'agit des stigmates d'hypothyroïdisme tels que : l'in-

filtration des tissus, une sensation de frilosité et la sécheresse de la peau. Les malades n'accusent aucune modification psychique à condition de maintenir le métabolisme basal aux environs de (-20).

Il existe des cas d'hypothyroïdie où les signes cliniques sont très disparates, tels que paresse intellectuelle, douleur et fatigue musculaire, et frilosité exagérée. Nous pouvons dépister ces états grâce au métabolisme basal abaissé, et grâce aux effets de l'apothérapie.

Les trois quarts des malades opérés présentent des signes d'hypothyroïdisme, mais parmi ceux-là beaucoup sont peu gênés dans leur activité, un tiers seulement parmi ces malades présente des accidents graves.

L'état myxœdémateux retentit sur l'organisme en diminuant la vitesse circulatoire ainsi que sur le cœur.

En 1918 ZONDECK a décrit le cœur myxœdémateux caractérisé par la dilatation prédominant sur le cœur gauche avec atonie myocardique. En effet la thyroïdectomie totale s'accompagne rapidement de changement de volume du cœur décelé par la radiologie. Il est rare pourtant que l'attention du médecin soit spécialement attirée par des troubles fonctionnels tels que la dyspnée ou les palpitations.

Les modifications cardiaques sont liées à l'hypothyroïdie, et les anatomo-pathologistes ont prouvé qu'il s'agissait d'une infiltration myxoïde interstitielle du myocarde analogue à l'infiltration des téguments.

L'opothérapie détermine la rétrocession de la dilatation cardiaque. En général, le cœur myxœdémateux est bien supporté par le malade, car il n'entraîne pas les signes d'insuffisance cardiaque (œdème, gros foie, cyanose).

On a établi depuis longtemps les modifications du

sang au cours du myxœdème opératoire. Le caractère essentiel est l'anémie, en général modérée, avec une diminution des globules aux environs de 3.000.000.

Il existe cependant quelques cas très rares de formes graves du type pernicieux.

Quelle que soit la gravité de ces symptômes, ils sont remarquablement influencés par le traitement opothérapique. La thyroxine a un effet véritablement hématopoïétique.

Le mécanisme de retentissement de la thyroïde sur le sang est obscur. Certains auteurs admettent l'existence d'une hormone à action élective sur la moelle osseuse. Les autres parlent d'une corrélation pluriglandulaire influencée par la thyroïde dans laquelle sont comprises la rate, le foie et la moelle osseuse.

L'insuffisance thyroïdienne provoque un ralentissement des oxydations, d'où les troubles des métabolismes d'azote, des hydrates de carbone et surtout des graisses.

EPSTEIN et LANDE ont démontré, il y a peu d'années, que le cholestérol diminue dans le syndrome de l'hyperthyroïdisme et s'élève au contraire dans l'insuffisance thyroïdienne. On se demande les possibilités de retentissement de cette rétention lipoïdique sur le système vasculaire. Expérimentalement on a pu démontrer que l'ingestion du cholestérol détermine des lésions athéromateuses chez les animaux privés de leur corps thyroïde.

Le même effet a été constaté chez les myxœdémateux morts jeunes. Quant au myxœdème post-opératoire des adultes, il ne semble pas qu'il ait une action sur les artères.

Quant au métabolisme basal au cours du myxœdème, il ne faut pas accorder une valeur absolue à ses résultats. Il existe une discordance dans la courbe du métabolisme au cours du myxœdème. L'indice métabolique a une cer-

taine valeur dans la mesure du risque des thyroïdectomies. Si le taux est normal ou inférieur avant l'intervention, on peut craindre des accidents graves, et un abaissement marqué doit être considéré comme une contre-indication opératoire.

Nous allons citer quelques observations pour démontrer les faits exposés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

(Hôpital Saint-Louis)

M. B..., 62 ans, garçon de recettes, entre le 19 janvier 1932 dans un service de chirurgie de l'Hôpital Bichat.

Son histoire pathologique est courte. Elle date d'août 1931, époque où débutèrent les premiers troubles. D'abord modérés, ils consistèrent en douleurs sourdes et en sensation de striction au cou. Puis, la voix devient rauque et une tumeur cervicale apparaît et augmente de volume. En décembre 1931, survient un accident aigu sous la forme d'une gêne respiratoire soudaine et considérable avec cyanose du visage. Cet accès de suffocation atteint une telle intensité que le malade titubę et tombe. Mais la perte de connaissance est de courte durée et en quelques instants tout rentre dans l'ordre. Cet ictus ne s'est pas reproduit, mais il alarme M. B... et le conduit à consulter.

L'examen objectif pratiqué alors précise l'existence d'une tumeur thyroïdienne, du volume d'un poing, semblant intéresser également les deux lobes de la glande que l'on distingue d'ailleurs parfaitement, le droit étant un peu plus volumineux que le gauche. Latéralement ces lobes s'enfoncent sous les muscles sterno-cleido-mastoïdiens. En bas, ils atteignent le manubrium sternal. La peau est libre et de couleur normale au devant de la tumeur. Celle-ci est dure mais irrégulière, et la palpation montre sa surface parsemée inégalement de petits nodules très résistants. Il n'existe pas d'adénopathie cervicale. Le système cardio-vasculaire est normal. Le pouls bat à 80 à la minute. Les poumons sont sains. On ne constate ni tremblement, ni troubles oculaires. Les réflexes tendineux et achilléens sont abolis, sans

autres signes de la série tabétique. La réaction de Bordet-Wasserman est négative dans le sang.

Le tableau clinique se réduit donc à une tumeur thyroïdienne vraisemblablement maligne et à des troubles de compression qu'elle entraîne. Cet état commande l'intervention.

Celle-ci est pratiquée par le Docteur Küss, le 30 janvier 1932. Elle consiste en une thyroïdectomie totale extra-capsulaire. Elle montre un énorme cancer thyroïdien. La glande considérablement hyperthophiée forme un anneau complet autour de l'arbre trachéo-œsophagien, les deux lobes latéraux allant se rejoindre en arrière de l'œsophage, en laissant en dehors d'eux les paquets vasculo-nerveux du cou. Il fut jugé imprudent de laisser, comme il l'avait d'abord été projeté, un petit fragment de tissu thyroïdien de la corne supérieure droite, car cette région glandulaire était comme tout le reste de l'organe, indurée et ligneuse. C'est pourquoi la thyroïdectomie fut volontairement rigoureusement totale. Les parathyroïdes ne furent pas enlevées.

L'examen histologique pratiqué par le Professeur Agrégé GUYESSE fournit les renseignements suivants. Dans une masse lymphoïde dense, coupée par des cloisons conjonctives épaisses qui la clivent en lobes, se remarquent de place en place des cordons épithéliaux pleins ou vides. Dans ces cordons, les cellules sont assez volumineuses et souvent les noyaux sont monstrueux. La masse lymphoïde, formée d'accumulation de lymphocytes, s'organise et l'on voit de place en place de véritables follicules clos avec centre clair.

Les petites masses adjacentes sont des ganglions dans lesquels les éléments lymphoïdes sont excessivement tassés, mais qui ne renferment pas de cellules épithéliomateuses.

En résumé, il s'agit d'un épithéliolymphosarcome très malin. Cette constatation anatomo-pathologique confirmait le diagnostic clinique.

Les suites opératoires sont d'abord simples. Le malade reçoit dès le lendemain de l'intervention 0 gr. 10 d'extrait thyroïdien par jour. Il ne présente aucun signe de myxœdème, aucun signe de tétanie, aucune manifestation d'insuffisance thyroïdienne ou parathyroïdienne. La seule complication consécutive à l'opération fut une congestion pulmonaire bâtarde, survenue vers le 8 février, avec fièvre atteignant 39° et expectoration riche en pneumocoques.

L'examen hématologique alors pratiqué montre une anémie importante (1.970.000 globules rouges), une hyperleucocytose (39.000 globules blancs).

La guérison est lente. Plusieurs transfusions furent nécessaires. La thérapeutique thyroïdienne est continuée jusqu'en avril 1932. Le 14 mai 1932 le met. bas. (—0,2).

Le malade quitte alors l'Hôpital Bichat. Le 12 décembre 1932, c'est-à-dire 7 mois plus tard, onze mois après l'intervention, il entre dans le service de médecine générale de l'Hôpital Saint-Louis. Il présente alors l'aspect d'un grand myxœdémateux. Son visage est large, arrondi, en pleine lune, les paupières infiltrées couvrent les yeux, le nez est élargi, les lèvres sont épaisses, les pommettes sont complètement décolorées. Les téguments sont épais et infiltrés. L'ensemble du visage est immobile et inexpressif.

Les modifications de la peau sont beaucoup moins nettes sur le reste du corps où l'infiltration reste discrète. Pourtant les creux sus-claviculaires, les aisselles sont empâtées. Sur tout le corps, les téguments sont secs, rugueux et écailleux.

Par endroits, au menton surtout, persistent les traces d'un sycosis actuellement presque disparu, mais qui masqua jusqu'à un tel point le myxœdème commençant, que son début exact fut difficile à préciser.

L'altération de la santé date dès le début de juillet : fatigabilité rapide et épuisement par des efforts minimes. L'aspect nouveau du visage semble être apparu peu à peu, en sorte que le malade ne s'en est pas aperçu, pas plus que son entourage d'ailleurs.

L'infiltration myxœdémateuse des téguments ne s'accompagne pas de troubles des phanères. Le système pileux est bien développé. La queue du sourcil seule est peut-être moins fournie qu'il n'est normal. Mais les opérations psychiques sont très ralenties : Le malade est toujours plongé dans une demi-torpeur. Il répond avec indifférence aux questions qui lui sont posées ; le mécanisme de son idéation semble rouillé. Et, d'autre part, les mouvements sont lents. Il en est de même de la parole, mais l'apathie ne va pas jusqu'à empêcher une expression à peu près

correcte. Le son de la voix frappe par sa gravité, sa résonance caverneuse. Elle n'est jamais bitonale actuellement, mais après l'intervention elle a été aiguë. Un examen pratiqué dans le service de laryngologie de Saint-Louis, met en évidence une paralysie récurrentielle droite, en position médiane, avec un gros œdème de l'aryténoïde du même côté et la possibilité d'une arthrite crico-aryténoïdienne. Les troubles dysphoniques existant déjà avant l'opération, il semble qu'il faille les imputer à une névrite du récurrent.

Le malade accuse une extrême frilosité, contemporaine, semble-t-il, de l'apathie et de l'infiltration.

Il existe de l'indifférence sexuelle, mais datant déjà depuis quelques années. Cœur et poumons normaux, il présente de la bradysphygmie, le pouls bat à 50 pulsations à la minute. L'examen neurologique constate seulement l'abolition des réflexes existant déjà avant. Ni fièvre, ni instabilité thermique. Le métabolisme basal (— 30 %). Il n'y a pas des signes d'insuffisance parathyroïdienne. Il présente le tableau d'un grand myxœdème post-opératoire. Le traitement thyroïdien amène une amélioration rapide. L'infiltration des téguments disparaît, et cette fonte du myxœdème s'accompagne d'une polyurie claire de 3 litres pendant une huitaine de jours.

L'apathie s'atténue, puis disparaît. L'idéation n'est plus ralentie, la rapidité de la parole devient normale. La voix elle-même devient moins grave. La frilosité disparaît.

L'appétit reste normal, mais le malade maigrit de 21 kilos en deux semaines de traitement, jusqu'au 7 janvier 1933. Le métabolisme basal (+ 50 %), sans aucun signe d'hypertyroïdie.

Le traitement thyroïdien est interrompu et le malade quitte l'hôpital.

Le 1^{er} février 1933 le métabolisme basal (+ 10 %). Les réponses sont moins vives, l'allure générale est moins alerte qu'à la sortie de l'hôpital.

Le docteur Küss propose de pratiquer sur lui une greffe thyroïdienne.

OBSERVATION N° 2

(DE SUDEK)

Madame I. S..., 35 ans (au moment de l'opération). Maladie de Basedow. Thyroïdectomie totale le 22 décembre 1919. Quitte l'hôpital le 20 janvier 1920.

Après l'opération a une grossesse normale et accouche d'une fille bien portante le 1^{er} mars 1923. Ensuite ni grossesse ni accouchement. Depuis septembre 1930, ménopause après une rarefaction des règles depuis plusieurs années.

Prend 0,10 egr. d'extrait thyroïdien par jour. A plusieurs reprises elle essaie d'arrêter son traitement. Elle peut difficilement s'en passer. Tout de suite après la suspension de son traitement elle se sent fatiguée et lasse. Elle n'accuse pas d'autres troubles. Est forcée chaque fois de reprendre son médicament. A la rigueur peut rester trois semaines sans médicament ; n'a jamais fait des pauses plus longues. Au point de vue objectif, à part l'expression mate du visage et la pâleur des muqueuses, rien à constater.

OBSERVATION N° 3

Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans, de taille normale, qui fut opérée par le professeur LEMAITRE, d'une tumeur de la partie postérieure de la base de la langue ayant pris, en deux mois, un accroissement considérable et rapide. L'ablation fut faite à la curette. L'examen macroscopique montra qu'elle était constituée par un goitre lingual kystique (Novembre 1934). L'examen microscopique présente l'image d'un goitre colloïde hyperplasique diffus.

En 1935 se montrèrent des symptômes d'hypothyroïdie ; le métabolisme basal, pratiqué à cette époque, était de — 15 %. Malgré un traitement par un extrait thyroïdien et par un extrait polyglandulaire, l'état de la malade s'aggrava à tel point qu'elle avait augmenté de 20 kilogrammes en octobre 1936. A ce moment sa taille était de 1 m. 43 et son poids de 53 kilogrammes. Elle avait l'aspect myxœdémateux classique, faciès lunaire, teint cireux, adiposité et infiltration mucoïde ; la physionomie

était inexpressive, l'apathie physique et psychique marquée. Le pouls battait à 56, la pression artérielle de 12-8. La menstruation était irrégulière, le système pileux était normal au pubis et aux aisselles.

Sous l'influence de l'absorption quotidienne d'un 1/2 milligramme de thyroxine, le poids avait baissé de 2 kilogrammes, le métabolisme basal s'était élevé à + 10 %, l'apathie avait diminuée.

En décembre 1936, le pouls était à 84, il y avait du tremblement, de l'exagération, de la nervosité, l'amaigrissement était de 6 kilogrammes depuis le début du traitement.

L'opothérapie fut suspendue, mais les accidents d'insuffisance réapparurent, le pouls retomba à 60, la pression artérielle était de 10-6. Alors le traitement fut repris.

TRAITEMENT

La chirurgie classique a condamné la thyroïdectomie totale pour prévenir le myxœdème opératoire. Au contraire, aussi bien aux Etats-Unis qu'en France, certains auteurs ont demandé l'utilisation plus fréquente des ablations radicales.

S'il est vrai que la qualité des résultats cliniques dépend de l'étendue de l'exérèse, il ne faut pas pousser la thyroïdectomie jusqu'au bout. La thyroïdectomie subtotale assez large peut suffire à obtenir des guérisons et à éviter des récides.

Pour les goitres simples, c'est la clinique qui doit, par l'aspect macroscopique de la lésion, apprécier la valeur de la glande pour fixer la quantité du tissu thyroïdien à respecter. Un métabolisme basal abaissé, ainsi que les signes d'insuffisance thyroïdienne, rendront l'intervention prudente : au contraire, une élévation du métabolisme faisant preuve d'une hyperactivité justifiera d'une résection large. Il faut tenir compte aussi des antécédents du malade. Si il a déjà subi un traitement radiothérapique qui a créé la sclérose et a diminué la capacité fonctionnelle de la thyroïde, le chirurgien sera plus réservé dans sa thyroïdectomie.

Pour l'hyperthyroïdisme, la thyroïdectomie subtotale donne d'excellents résultats cliniques. Si dans quelques cas très rares d'ailleurs on a pu voir la régéné-

rescence thyroïdienne et la recrudescence des troubles, la radiothérapie permet de retoucher ces résultats imparfaits.

Dans le cas d'un cancer thyroïdien, tout passe au second plan, seule la thyroïdectomie totale est une indication majeure. Nous pouvons rappeler d'ailleurs qu'il s'agit le plus souvent des malades âgés.

La fréquence des cas de myxœdème à la suite de l'ablation d'un goitre ectopique doit inciter à la prudence. Aussi les chirurgiens conseillent-ils des ablations partielles, dans les cas où le corps cervical est impalpable. Mais il faut bien avouer que le goitre lingual est souvent pris pour une tumeur d'autre origine, aussi la recherche de symptômes d'hypothyroïdie fruste doit-elle être pratiquée et peut constituer un élément d'orientation du diagnostic dans certains cas.

CONCLUSIONS

— Les effets de la thyroïdectomie sont différents chez les sujets jeunes et chez les sujets âgés. Les accidents qui survenaient chez les malades jeunes étaient beaucoup plus fréquents autrefois qu'aujourd'hui. Actuellement, grâce à l'amélioration de la technique opératoire et la mise au point de l'opothérapie, ils sont plus rares.

— Par contre, les malades âgés arrivés au stade d'une certaine sclérose de la glande, ne présentent pas d'accidents importants, car la thyroïde, chez eux, n'a plus d'action morphogène, si importante pour un organisme jeune en évolution.

— Le myxœdème est de beaucoup plus rare si on pratique la thyroïdectomie sur des corps thyroïdes normaux ou en hyperactivité que sur des goitres dégénérés ou polykystiques.

— La thyroïdectomie totale risque d'entraîner chez

le malade le myxœdème, quoique l'opothérapie ait diminué la gravité de l'hypothyroïdie.

Hormis quelques exceptions, la chirurgie thyroïdienne doit respecter la conservation de la fonction endocrinienne de la thyroïde.

Vu : Le Président de Thèse,

DALOUS.

Vu : Le Doyen,

GORSE.

Vu et permis d'imprimer.

Toulouse,

Le Recteur :

R. DELTHEIL.

BIBLIOGRAPHIE

- AMELINE. — *Académie de Chirurgie*, 1938, p. 175.
- BAUDELLOT. — *Thèse*, Paris, 1933.
- BERARD et DUNET. — *Traité de Chirurgie, Le Dentu-Delbet*, Baillière, 1929.
- BERARD et PEYCELON. — *Journ. de Chir.*, Nov. 1929, p. 585-602.
- BERARD et PEYCELON. — *Rapport au XXI^{me} Cong. Franç. de Méd.*, Liège, 1930.
- BLUMGART et DAVIS. — *Endocrinology*, 1934, t. XVIII, p. 693.
- BOUCHUT et FROMENT. — *Jour. de Méd. de Lyon*, 1933, p. 463.
- BÜTTNER. — *Mediz. Klinik.*, Oct. 1930, p. 1507.
- CORDIER, SANTY, ENSELME, M^{lle} NURY. — *Gaz. Méd. de France*, 1936, p. 817.
- DAUTREBANDE. — *Physio-pathologie de la thyroïde*, Masson et C^{ie}, 1931.
- DECOURT, MEYER et GUILLAUMIN. — *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1935, p. 927.
- DUVOIR, KÜSS, PERISSON. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 31 Mars 1933, p. 457.
- GILBERT, DREYFUS et LAMOTTE. — *Rev. Méd. Franç.*, Mars 1939, p. 131.
- HASKINS et JELLINEK. — *Endocrinology*, Oct. 1932.
- HERMAN, BLUMGART et DAVIS. — *Endocrinology*, Déc. 1934, p. 693.
- HERTZLER. — *Am. Journ. Surg.*, 1934, p. 556.

- KOCHER. — *Arch. f. Klin. Ch.*, 1883, t. XXIX, p. 254.
- KOCHER. — *Arch. f. Klin. Ch.*, 1914, t. CV, p. 4.
- LAHEN. — *Surg. Gyn. Obst.*, 1923, Mars, p. 395.
- LERICHE. — *Presse Médicale*, 1938, p. 1537.
- MOURA et FAYLOR. — *The Glasgow Med. Journ.*, 1926, p. 213.
- NYIRI. — *Thèse*, Paris, 1935.
- PLESSNE. — *Thèse*, Paris, 1933.
- REVERDIN (J.-L.). — *Rev. Med. de la Suisse Romande*, 1882, p. 539.
- J. L. et A. REVERDIN. — *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1883, p. 336.
- REVERDIN. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1886.
- REVERDIN. — *Rapport au Congrès Français de Chirurgie*, 1898.
- ROUHIER. — *Académie de Chirurgie*, 1938, p. 178.
- SAINTON, ARDOIN et FRANKFURT. — *Presse Méd.*, 1937, p. 929.
- STERN et ALSEHUL. — *Journ. Clin. Investig.*, 1936, t. XV, p. 633.
- SUDECK. — *Arch. f. Klin. Chirg.*, 1931, t. CLXVII, p. 400.
-

